



# Notat om toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og investeringstilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger



## Innhold

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Ressurskrevende tjenester .....                                      | 2  |
| 1. Utvikling av toppfinansieringsordningen .....                     | 2  |
| 2. Hvilke kostnader kan inngå i ordningen .....                      | 3  |
| 3. Tidligere vurderinger av toppfinansieringsordningen .....         | 4  |
| 4. Mulige forenklinger eller alternative innretninger .....          | 7  |
| 5. Anbefaling .....                                                  | 9  |
| Investeringsstilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger ..... | 10 |
| 6. Utviklingen av ordningen .....                                    | 10 |
| 7. Utfordringer og fordeler med dagens ordning .....                 | 10 |
| 8. Vurdering av mulige endringer .....                               | 13 |
| 9. Anbefaling .....                                                  | 14 |

Foto forside: Felix media

## Ressurskrevende tjenester

Toppfinansiering av ressurskrevende helse- og omsorgstjenester er det største øremerkede tilskuddet for kommunene. I budsjettet for 2026 er det bevilget 14,2 mrd. kroner til den ordinære toppfinansieringsordningen og i underkant av 100 mill. kroner til en tilleggskompensasjon. Da ordningen ble opprettet i 2000 var den samlede bevilgningen vel 300 mill. kroner.

Kommunenes helse og omsorgstjenester finansieres gjennom rammetilskuddet og fordeles mellom kommunene basert på objektive kriterier. Det har vist seg svært vanskelig å finne objektive kriterier som på en god måte fanger opp kommunenes utgifter til særlig ressurskrevende brukere. Hensikten med toppfinansieringsordningen er at tjenestemottakere som krever ekstra mye ressurser fra kommunen skal få et godt tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon.

### 1.Utvikling av toppfinansieringsordningen<sup>1</sup>

#### 1.1 Skjønnsmidlene 2000-2003

**Fra og med 2000 har det vært bevilget** særskilte midler til særlig ressurskrevende brukere i kommunene. Frem til 2003 var dette en del av skjønnsmidlene i rammetilskuddet. Ordningen var da rammestyr.

#### 1.2 Øremerket ordning 2004-2007 (egenandel per innbygger)

I 2004 vedtok Stortinget en ny toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere. Ordningen ble budsjettet med 1,2 milliarder kroner, men utgiftene ble cirka 1,5 milliarder kroner. Kommunene fikk kompensasjon for utgifter over 700 000 kroner per bruker, der de fikk dekket 80 prosent på landsbasis. Kommuner med spesielt høye utgifter per innbygger fikk litt høyere kompensasjon, mens de med lavere utgifter fikk mindre. Ordningen ble finansiert med en overslagsbevilgning. Utgifter til eldre over 67 år skulle dekkes med vanlige midler til eldreomsorgen. Kommunene fikk ikke vite tilskuddsbeløpet før året etter utgiftene, og kunne først bokføre inntektene når utbetalingene kom. I 2006 ble kompensasjonsgraden redusert til 70 prosent.

#### 1.3 Øremerket ordning 2008-2025 (egenandel per mottaker)

---

<sup>1</sup> Beskrivelsen av ordningen fra 2004 til 2018 er basert på kap. 2 i rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, Hdir og KS om ressurskrevende tjenester i 2018

Stortinget endret ordningen i 2008, slik at kommunene fikk kompensert en fast andel av utgiftene sine over et visst beløp. Dette gjorde ordningen mer forutsigbar. Kompensasjonen ble økt fra 70 til 85 prosent i 2008, men redusert til 80 prosent i 2010. I 2016, 2017 og 2018 ble innslagspunktet økt med henholdsvis 10 000, 50 000 og 50 000 kroner utover forventet lønnsvekst. Etter omleggingen fikk kommunene vite tilskuddet samme år som utgiftene oppsto, og kunne bokføre inntektene samtidig.

Siden denne modellen innebærer at kommunene kompenserer utgifter for hver enkelt mottaker, er ulempen at modellen ikke tar hensyn til at enkelte kommuner har svært høye utgifter i forhold til folketallet. I 2021 ble det innført en ordning med tilleggskompensasjon gjennom skjønnstilskuddet. Denne ordningen er rammestyrte og gjelder for kommuner med færre enn 3 200 innbyggere som har skatteinntekter per innbygger på mindre enn 120 prosent av landsgjennomsnittet de siste tre årene, og som har høye utgifter i ordningen. Fra og med 2022 ble denne tilleggsordningen omgjort til et øremerket tilskudd.

#### **1.4 Øremerket ordning 2025- (variabel egenandel)**

I 2022 la inntektssystemutvalget fram sin rapport, og utvalget anbefalte at toppfinansieringsordningen i større grad så på utgiftene helheten i kommunenes utgifter og ikke utgiftene til den enkelte mottaker i ordningen. Utvalget anbefalte at det i større grad burde tas hensyn til kommunens totale utgifter til mottakerne som er omfattet av ordningen.

Fra 2025 ble det innført en ny ordning med en variabel egenandel per innbygger. Denne modellen er en hybrid av ordningen slik den var i perioden 2004-2007 med lik egenandel per innbygger og ordningen i perioden 2008-2025 med lik egenandel per mottaker. Denne modellen vil først beregne en egenandel utover innslagspunktet med et likt beløp per innbygger. Deretter vil det bli beregnet en egenandel på 10 prosent av kommunens samlede utgifter over innslagspunktet etter at egenandelen per innbygger er trukket fra. På landsbasis er summen av de to egenandelene 20 prosent, slik som tidligere. Tilleggskompensasjonen for kommuner med under 3 200 innbyggere ble beholdt som tidligere.

## **2. Hvilke kostnader kan inngå i ordningen**

Kommunene kan rapportere direkte lønnsutgifter innenfor helse- og omsorgstjenestene knyttet til enkelte tjenestemottakere. Det er kun direkte brukertid (ansikt til ansiktstid) og ikke driftsutgifter, reising, møter eller ledelses- og støttefunksjoner. Det er gitt anledning for en forenklet rapportering av lønnsutgifter ved å multiplisere antallet vedtatte timer med gjennomsnittlig timesats.

Kommunen skal registrere om mottakeren som er knyttet til refusjonen er psykisk utviklingshemmet (PU) eller ikke. Hvis mottakeren er PU, skal verdien av PU-kriteriet trekkes fra. Kommunene skal også rapportere andre inntekter, som øremerket statstilskudd eller brukerbetaling, som er knyttet til tjenestemottakeren. Hensikten med disse rapporteringene er at kommunen ikke blir kompensert mer enn en gang.

I regelverket er det også et krav om at det skal være enkeltvedtak knyttet til tjenestene som ytes. Det skal oppgis hvor mange timer som er utført etter vedtak. Hensikten er at det skal være mulig å gjøre en enkel kontroll med om omfanget av timer ytt virker rimelig opp mot ressursinnsatsen som er rapportert inn. Antallet timer er ikke en del av utregningene, men kun en del av kontrollen.

Når ovennevnte størrelser er rapportert, beregnes netto lønnsutgifter ved å ta lønnsutgiftene minus inntekter som er knyttet til mottakeren, enten verdien av PU-kriteriet, øremerkede statstilskudd eller brukerbetaling. Utgifter som overstiger innslagspunktet kompenseres etter gjeldende regler.

### 3. Tidligere vurderinger av toppfinansieringsordningen

Kommunenes utgifter til yngre brukere har økt kraftig i løpet av de siste 20 årene. Dette dokumenteres blant annet av KS FoU rapport<sup>2</sup> «Dypdykk i pleie og omsorgstjenestene» fra 2023.

Studien identifiserte 13 676 pasienter som høykostnadsbrukere gitt en definisjon (de 5 prosentene med høyest kostnader). Høykostnadsbrukerne står for 39 prosent av de samlede kostnadene for kommunale pleie- og omsorgstjenester slik de er definert her. For pasientene som er definert som høykostnadsbrukere er gjennomsnittskostnaden knapt 2,2 millioner kroner og for pasienter som defineres i den andre gruppen (ikke-ressurskrevende) er gjennomsnittskostnaden vel 186 000 kroner. Det er betydelige forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder hvilke tjenester som benyttes og som dermed genererer kostnadene. For høykostnadsbrukerne genereres nesten 90% av kostnadene gjennom hjemmetjenester. Den største kostnaden er forbundet med Praktisk bistand - opplæring (36,2%). I gjennomsnitt benyttes nærmere 790 000 kroner på disse tjenestene. Det er videre høye kostnader til helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapi) og praktisk bistand – daglige gjøremål som omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. BPA-ordningen utgjør også høye kostnader blant de ressurskrevende brukerne – knapt 170 000 kroner årlig. Høykostnadsbrukerne er i gjennomsnitt yngre enn de øvrige brukerne (46 år vs. 66 år) og har ofte psykiske lidelser, lungelidelser, nevrologiske lidelser og særlig psykisk utviklingshemming. De har dårlig funksjonsevne, og særlig lave evner til å ivareta husholdningsfunksjoner og egenomsorg. Høykostnadsbrukerne har lav dødelighet. Det betyr at kostnadene vil vedvare, og det betyr at f. eks en økning i hvilke tjenester som tilbys denne gruppen hjemmeboende vil kunne gi betydelige kostnadsendringer for kommunene over tid.

Mye av kostnadsveksten skyldes blant annet:

- Nedbygging av døgnplasser i sykehus, psykiatri

---

<sup>2</sup> Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker:  
Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021  
Terje P. Hagen, Morten Aarflot og Trond Tjerbo

- Lovgivning, økt kostnadsutvikling som følge av dyrere plasser og boligløsninger, utviklingshemming.
- Samhandlingsreformen: Kommunene får ansvar for sykere pasienter som skrives ut tidligere fra sykehus.
- Flere yngre med alvorlige diagnoser (ALS, kreft, rus, psykiske lidelser).
- Vekst i «nye» diagnosegrupper, autisme/utviklingsforstyrrelser.

Kommunene peker også på at de får stadig flere pasienter og brukere med stort restbehandlingsbehov (somatikk) eller brukere som er mye sykere enn tidligere innenfor ROP-feltet.

I 2022 betalte kommuner 395 millioner kroner for USK (utskrivningsklare pasienter). Årsakene til kostnadsveksten er sammensatt, det er også forhold knyttet til at flere yngre grupper har fått klarere rettigheter til omfattende tjenester. I tillegg opplever mange kommuner at kommunens faglige vurdering og statsforvalterenes vurdering er svært ulike. Dette gir kommunene mindre muligheter til å prioritere og se helhetlig på kommunens samlede tjenestetilbud.

I 2017 ble det satt ned en arbeidsgruppe som skulle se på mulige forenklinger av ordningen. Bakgrunnen var ulik praksis for å beregne direkte lønnsutgifter i kommunene og ulik praksis for hvordan revisorene gjennomførte sine kontroller. Arbeidsgruppen foreslo å teste standardiserte beregningsmodeller, men dette har ikke blitt gjennomført. Departementet har bedt Helsedirektoratet presisere «direkte brukertid» i rundskrivet, men har ikke gjort endringer som gjør det lettere for kommunene å følge regelverket.

### **Rapport fra arbeidsgruppe fra Kommunaldepartementet, Finansdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og KS (2018)**

Arbeidsgruppen vurderte tre ulike endringer i ordningen:

#### *En delvis innlemming av det øremerkede tilskuddet*

Arbeidsgruppen pekte på et alternativ der innslagspunktet i ordningen ble økt vesentlig, slik at en stor andel av mottakerne i dagens ordning falt ut av ordningen, og om lag halvparten av dagens øremerkede tilskudd ble overført til rammetilskuddet. Dette ville gi relativt store fordelingsvirkninger, men arbeidsgruppen pekte på at inntektsgarantiordningen i inntektssystemet ville dempe fordelingsvirkningene for de kommunene som tapte vesentlig på en innlemming, samtidig som kommuner med svært ressurskrevende mottakere ville være sikret tilskudd gjennom ordningen.

#### *Fra overslagsbevilgning til rammestyring*

Arbeidsgruppen konkluderte med at en slik endring ville gjøre statens finansiering mer forutsigbar og bærekraftig, mens kommunenes inntekter ville bli vanskeligere å budsjettere.

Risikoen ble flyttet til kommunene, noe som kan påvirke tjenestetilbudet negativt, selv om mottakerne fortsatt er sikret et forsvarlig tilbud gjennom loven. Kostnadseffektivitet er vanskelig å anslå.

#### *Trinnvist innslagspunkt*

Arbeidsgruppen pekte på en mulig innretning der kompensasjonen var mindre enn 80 prosent i et intervall rett over innslagspunktet og over 80 prosent i et nytt intervall over det første intervallet. De pekte på at fordelene med en slik ordning er en bedre insentivstruktur for kommunenes utgifter til mottakere som har utgifter under det øverste innslagspunktet, samtidig som risikoen reduseres for de kommunene som har de mest kostnadskrevende mottakerne. Ulempen er at ordningen blir mer komplisert og insentivene til kostnadseffektivitet reduseres for utgifter i det øvre intervallet.

#### **Rapport fra Telemarkforskning: Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene (2020)**

Rapporten vurderte om toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og rapporteringen av personer med psykisk utviklingshemming påvirket omfang, innretning og organisering av ressurskrevende tjenester. Telemarkforskning fant få tegn på at toppfinansieringsordningen påvirket tjenestene i en retning som gikk på tvers av regelverk, helsefaglige vurderinger eller effektivitet. De økonomiske insentivene overstyres i stor grad av andre føringer.

Samtidig pekte Telemarkforskning på at toppfinansieringsordningen var svært viktig for ressursfordelingen mellom kommuner ved at den reduserte belastningen av å ha særlig mange ressurskrevende brukere.

#### **Inntektssystemutvalget (2021)**

Utvalget anbefalte en omlegging av ordningen slik at denne i større grad ser på kommunens utgifter som helhet, som i dagens inntektssystem. Utvalget anbefalte at deler av det øremerkede tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet.

#### **Rapport fra Riksrevisjonen (2024)**

Riksrevisjonen gjennomgikk i 2024 tilskuddordningen med tanke på å kontrollere at KDD etterlever kravene til hvordan toppfinansieringsordningen skal utformes og forvaltes.

Riksrevisjonens gjennomgang viser at kommunene mangler systemer for å registrere hvor mye tid ansatte faktisk bruker i direkte kontakt med mottakere av ressurskrevende tjenester. Refusjonskravene baseres derfor på planlagt tid. Det brukes også ulike beregningsmetoder med varierende presisjon for å anslå hva de direkte lønnsutgiftene til de ansatte som har ytt tjenestene har vært.

Riksrevisjonen peker på at departementet ikke har spesifisert hvilken metode som skal benyttes for å komme frem til direkte lønnsutgifter, noe som kan gi store beløpsvariasjoner i refusjonene. Regelverket krever detaljert tidsregistrering som kommunene ikke kan gjennomføre i praksis. Kommunene kan derfor ikke gi korrekte opplysninger i refusjonssøknadene, og små avvik har stor betydning for refusjonsskravet.

Riksrevisjonen mener også at Helsedirektoratet ikke har etablert et godt nok system for kontroll for å forebygge, avdekke og korrigere feil i kommunenes refusjonsskrav. Revisorene er det viktigste leddet i kontrollen av at kommunene oppfyller vilkårene for tilskuddet. Undersøkelsen viser at revisorene i 2023 ikke uttaler seg om viktige kontrollhandlinger. I 42 prosent av rapportene uttaler revisorene seg ikke om refusjonsskravet fra kommunen kun inneholder direkte lønnsutgifter for direkte tjenesteyting. Helsedirektoratet kompenserer ikke med egne kontroller ved manglende uttalelser fra revisorene, og manglende uttalelser i rapportene fra revisor har ikke betydning for utbetaling av tilskuddet.

Revisjonen viser at kommunene forstår og praktiserer tilskuddsregelverket ulikt. Dette har betydning for hvor store utgifter kommunene tar med i refusjonsskravene. Kommunenes revisorer har en sentral rolle i veiledningen av kommunene, men revisjonen viser at revisorer tolker regelverket forskjellig og legger ulike krav til grunn når de kontrollerer refusjonsskravene. Dette gjør at noen kommuner får refusjon for utgifter som andre kommuner ikke får refundert.

## 4. Mulige forenklinger eller alternative innretninger

### a. Innlemming

I tidligere vurderinger av ordningen er det ingen som har foreslått å innlemme hele det øremerkede tilskuddet. Det må ses på bakgrunn at man ikke har funnet gode kriterier for å fange opp kommunenes utgifter til særlig ressurskrevende brukere. En full innlemming av tilskuddet kan gi store omfordelinger mellom kommunene. Alle innbyggere er gjennom loven sikret forsvarlig helse og omsorgstjenester, men en full innlemming av tilskuddet vil trolig kunne gi negative konsekvenser for de øvrige innbyggerne for de kommunene som må bruke uforholdsmessig stor del av inntektene på et fåtall innbyggere. Konsekvensene kan bli særlig store for innbyggere i små kommuner med mange ressurskrevende brukere.

### b. Delvis innlemming

Det mest aktuelle forslaget som både arbeidsgruppen fra 2018 og inntektssystemutvalget foreslo er en delvis innlemming av tilskuddet. Det kan gjøres ved å øke innslagspunktet slik at en stor andel av mottakerne i dagens ordning faller ut av ordningen, og deler av dagens øremerkede tilskudd ble overført til rammetilskuddet. Omfordelingseffektene vil være relativt store, men kommuner med svært ressurskrevende mottakere ville være sikret tilskudd gjennom ordningen. Dersom man beholder en versjon av dagens tilleggsordning, vil de minste kommunene fortsatt få en ekstra sikring mot særlig høye kostnader. Vi har ikke hatt tilgang til data for å gjøre beregninger av hvordan en innlemming eller delvis innlemming vil slå ut for den enkelte kommune. Dette må Kommune-kommisjonen se nærmere på.

Med delvis innlemming og færre mottakere i ordningen vil administrasjonskostnadene bli mindre, men fortsatt de samme utfordringene knyttet til rapportering og utfordringer med å få til lik praksis som Riksrevisjonene var opptatt av. Delvis innlemming bør derfor eventuelt kombineres med andre omlegginger for å lette rapporteringen for kommunene og enklere å føre kontroll med rapporteringen slik at det blir lik praksis mellom kommunene.

### c. Standardiserte beregningsmodeller

Riksrevisjonen gjennomgang viser tydelig at det er vanskelig for kommunene å gi gode og presise tall for ansikt til ansiktstid og timelønn. Små avvik mellom estimer og presise tall, gir store forskjeller i utbetalingen. Ulik praksis i rapporteringen mellom kommunene og forskjell mellom revisorene av hva som godkjennes av anslag, gjør at ordningen kan oppleves urettferdig.

I forbindelse med behandlingen av kommuneproposisjonen 2026 ba Stortinget regjeringen følge opp anbefalingene fra Riksrevisjonens rapport om tilskudd til ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene, slik at tilskuddsordningen utformes enklere og mindre administrativt krevende for kommunene, og slik at en unngår forskjellsbehandling og ineffektiv ressursbruk. Regjeringen bes komme tilbake til Stortinget i kommuneproposisjonen for 2027.

For at ordningen skal føles rettferdig mellom kommunene kan standardiserte satser vurderes. For eksempel kan det være standardiserte satser på lønn etter yrkesgrupper/utdanning istedenfor lønn hentet fra regnskap. Dette vil kunne lette rapporteringsbyrden og gi mer lik praksis, men en utfordring er at enkelte kommuner har store utfordringer med rekruttering og bruker dyre vikarer/vikarbyrå. I tillegg kan det være forhold som gjør at det må kjøpes enetilbud andre steder i landet på grunnlag av enkeltbrukere som krever særlig kompetanse.

Som kjent er det er kun direkte brukertid (ansikt til ansiktstid) og ikke driftsutgifter, reising, møter eller ledelses- og støttefunksjoner som dekkes igjennom ordningen. Utfordringen med direkte brukertid eller ansikt – til ansiktstid, er at tjenestene over tid er endret, kravene til tverrfaglige oppfølging og medvirkning er endret, og ansikts- til- ansikts tid er mindre egnet enn tidligere som begrep for å reflektere kommunene kostnader. Som Riksrevisjonen påpekte har kommunene ikke forutsetninger for å etterleve tilskuddsregelverket som departementet har fastsatt, fordi de ikke har tilgang på opplysningene de trenger for å beregne tilskuddsbeløp. Dette gjelder opplysninger om: antall timer med direkte interaksjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, og direkte lønnsutgifter per tjenestemottaker. I et brev til Riksrevisjonen pekte KDD på at det er en sterk sammenheng mellom vedtatte eller planlagte timer og faktiske utførte time. Men departementet viste samtidig til at dersom planlagte timer overstiger faktiske utførte timer, er det kun de faktiske timene som skal inkluderes i refusjonsgrunnlaget.<sup>3</sup> Uten andre justeringer av

---

<sup>3</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester/rundskriv-IS-4-2026.pdf/attachment/inline/228101f9-2079-4bea-bfdd-588172aef393:d373c8c99ad2143519c914af45089a8c8e3c892d/Rundskriv%20IS->

ordningen, og så lenge ansikts- til- ansiktstiden er utgangspunkt for beregning, er det sannsynlig at de samme utfordringene vil bestå.

#### d. Bruk av Kommunalt pasientregister (KPR)

NKRF – kontroll og revisjon i kommunene har i møte med KDD om toppfinansieringsordningen blitt informert om at KDD forventer at KPR kan tas i bruk slik at det om noen år ikke vil være nødvendig med revisorkontroll av refusjonskravet til kommunene.

Etter KS opplysninger vil dette kreve betydelige utviklingsaktiviteter både hos leverandører, kommuner og i direktorat, og oss bekjent er det ikke gjort noen analyse av kommunens kostnader.

## 5. Anbefaling

En mulighet for å bedre ordningen og gjøre den mer rettferdig mellom kommunene, er å teste ut en standardisert modell basert på andre kriterier enn ansikt til ansiktstid. En annen mulighet er å standardisere hvor stor prosent av arbeidstid per ansatt som jobber med mottakere av ressurskrevende tjenester som er ansikt til ansiktstid. Slike satser må i tilfelle estimeres av Helsedirektoratet. Før slike standardiserte modeller tas i bruk må de piloteses før de gjøres gjeldende for alle kommuner. Selv om standardiserte satser vil lette kontroll, rapportering og bidra til mer lik behandling av kommunene, er det ikke sikkert at kommunene vil få samme kostnadsdekning som i dag. En del av oppdraget til Helsedirektoratets bør derfor være at satsene settes slik at, kostnadsdekningen i makro blir som i dag. Standardisering kan eventuelt også kombineres med delvis innlemming og hevet innslagspunkt.

Gitt at KPR kan utvikles til å tas i bruk slik det er nevnt ovenfor, kan det være en sannsynlig løsning.

# Investeringsstilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger

## 6. Utviklingen av ordningen

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Hensikten med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet kan også benyttes til lokaler for dagaktivitetstilbud samt fellesareal, felles teknisk anlegg og velferdsteknologi i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger og sykehjem.

Det har vært mange endringer i ordningen, og over tid har også målet for hva som skulle oppnås med ordningen endret seg. Fra 2019 ble investeringsstilskuddet delt i to ordninger: Investeringsstilskudd til rehabilitering (uten netto tilvekst) (post 63) og investeringsstilskudd til netto tilvekst av sykehjemsplasser og omsorgsboliger (post 69). Bakgrunnen for Stortingets vedtak var at det fremover ville være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser som følge av økende antall eldre.

Ordningen ble senere justert igjen slik at investeringsstilskuddet også kunne brukes til rehabilitering, modernisering og erstatning av eksisterende plasser, ikke bare netto nye plasser.

Fra og med 2026 ble det igjen lagt en begrensning på rammen ved at 1 mrd. kroner av tilsagnsrammen er reservert prosjekter som gir netto tilvekst, men øvrige midler kan fortsatt brukes til fornyelse og oppgradering der dette dekker dokumenterte behov.

I 2025 utgjorde kommunenes brutto investeringer innen helse og omsorg 8,2 mrd. kroner. Av dette var brutto investeringene til institusjonslokaler 5,5 mrd. kroner. Samtidig ble det bevilget 2,1 kroner til investeringsstilskudd for heldøgns omsorgsplasser. Investeringsstilskuddet er således et viktig bidrag til kommunenes samlede investeringer i omsorgssektoren. For 2026 er tilsagnsrammen for investeringsstilskuddet 3 365 mill. kroner, tilsvarende om lag 1 500 plasser.

## 7. utfordringer og fordeler med dagens ordning

### 7.1 Prinsipielle utfordringer og fordeler med tilskudd til investeringer

Fra et faglig økonomisk perspektiv kan det pekes på flere utfordringer med bruk av tilskudd til å stimulere til investeringer innen heldøgns omsorg. Kommunene er rammestyrte og har ansvaret for å prioritere og dimensjonere tjenestetilbudet til lokale forhold.

Det kan være administrativt krevende å sette seg inn i regelverket for investeringsstilskuddet. Større kommuner med mer administrativ kapasitet kan ha bedre forutsetninger for å realisere prosjekter og få tilskudd. Dermed kan slike tilskudd forsterke forskjeller mellom små og store kommuner.

Tilskuddet bidrar til at selve investeringene i heldøgns omsorgsplasser relativt sett blir billigere, men tilskuddene retter seg mot investeringer mens driftskostnader fullt ut belastes

kommunene. Menonrapport fra 2019<sup>4</sup> peker på at kommunene med behov for å øke tilbudet ikke klarer å utnytte tilskuddsordningen. Dersom plassene fører til netto tilvekst, medfører det også økte driftsutgifter for kommunen. Kommuner med relativt høy institusjonsdekning i forkant av tilskuddsordningen har et høyere rehabiliteringsbehov og benytter seg derfor i større grad av tilskuddet.

Analysen finner en positiv sammenheng mellom kommunens frie inntekter per innbygger i forkant av tilskuddsordningen og hvor mange omsorgsplasser per innbygger kommunene får tilskudd til, noe som kan tyde på at ordningen har hatt uheldige fordelingsmessige konsekvenser.

DFØs områdegjennomgang fra 2021 av boligløsninger og helse og omsorgstjenester for eldre peker på at årsaks-virkningsmekanismene i tilskuddsordningen påvirkes av eksterne faktorer, eksempelvis:

- «Kommunens handlingsrom og øvrige prioriteringer
- Kommunens evne og vilje til å dekke inn nødvendig egenfinansiering knyttet til investeringene
- Kommunen vurderer at tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgnsstilbud er oppdatert
- Kommunen har behov for og vil heller prioritere omsorgsboliger/botilbud lenger ned i omsorgstrappen (ikke heldøgnsstilbud)»

### **Vurdering av tidligere rapporter**

Det er mulig å se for seg andre forklaringer til at tilskuddet har bidratt til lite netto tilvekst. Over tid har det vært en dreining i forståelse av hva et godt tilbud for eldre med behov for omfattende tjenester er. Selv om en høy dekningsgrad for heldøgns omsorg en periode ble ansett for å være bra, er det de senere år god kunnskap om at institusjonstjenester kan være passiviserende, samtidig som de fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Denne dreiningen faglig har i liten grad vært fanget opp av de evalueringene som er blitt gjort som har fokusert på rent fagøkonomiske betraktninger. De fagøkonomiske betraktningene har også tatt som utgangspunkt at behovet for tjenester bør kunne møtes med en dekningsgrad som kan være felles for alle kommuner. Tidligere var det en forventning om at antall sykehjemsplasser skulle utgjøre 25 % av antall eldre over 80+ år. Dette har aldri vært et krav, men eksistert som en forestilling om et riktig nivå. De kommunene som allerede hadde en høy dekningsgrad av plasser til eldre over 80, vil dermed i mindre grad ha behov for å benytte tilskuddet. Her er det stor variasjon også mellom små og mellomstore kommuner.

Agenda Kaupang gjorde en undersøkelse for KS i 2016 om det var mulig å anbefale en nasjonal norm for dekningsgrad for heldøgns omsorg for eldre 80+. Konklusjonen var at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon ble trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11) Rapporten anbefalte at en kommunal veiledende norm kunne være fornuftig, men de konkluderte med at normen ikke kunne være lik for alle kommuner.

---

<sup>4</sup> Westberg mfl. (2019). Evaluering av investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. MENONPUBLIKASJON NR. 43/2019

Nivået vil være avhengig av levealder, kulturelle forhold, geografiske avstander, utviklingen av resten av omsorgstrappen, hjemmetjenestenes kompetanse og en vellykket boligpolitikk for eldre. En lokalnorm burde derfor differensieres ut fra en vurdering av disse forholdene.<sup>5</sup>

I denne rapporten ble det også pekt på at: Inntektsnivået var av relativt liten betydning for tilbudet av heldøgns omsorg. Kommuner med høye inntekter brukte i liten grad disse inntektene til utbygging av heldøgns-tilbudet. Og kommuner med lave inntekter kunne samtidig ha en høy dekning for heldøgnsstilbudet. Agenda Kaupang konkludert med at andre forhold enn inntekt var av større betydning, når man skal forklare forskjeller mellom kommuner i dekingen av heldøgns omsorgsplasser.

En svakhet ved tidligere analyser av investeringstilskuddsordningen har vært at de i mindre grad har omtalt at behovene hos kommunene er forskjellige fordi de har hatt forskjellig utgangspunkt. Og gitt at evalueringer har hatt som utgangspunkt at målet er en lik fordeling mellom kommuner, er det forståelig at konklusjonen kan være at det gir uheldige fordelingsmessige konsekvenser. Det er også et poeng at det har skjedd mye omstilling i kommunene fra 2019 og til i dag siden Menon evalueringen av tilskuddet kom. For eksempel kartla Agenda Kaupang 100 kommuner i 2021 på oppdrag fra Husbanken, mulige årsaker til at kommuner ikke brukte investeringstilskuddet.<sup>6</sup> Kartleggingen viser at økt satsing på forebyggende innsats og hjemmebasert omsorg reduserer behovene for kommunale botilbud.

På den andre siden kan regjeringen og Stortinget ønske å styre tjenesteytingen i kommunene i retning av økt tilbud av heldøgnsomsorg. Da kan investeringstilskudd være mindre inngripende statlig styring enn annen detaljstyring av tjenestene som skal leveres. Kommunene har over tid pekt på at et mer differensiert innrettet tilskudd vil gi investeringer tilpasset de behovene kommunene har, for eksempel ved at også enklere tilbud som trygghetsboliger blir inkludert i ordningen.

## **7.2 Utfordringer med utformingen av tilskuddet?**

KS har foreslått forenkling av investeringstilskuddet gjennom flere år på bakgrunn av innspill fra kommuner. Flere kommuner uttrykker bekymring for at dagens tilskuddsordning legger for store begrensninger på utformingen av omsorgsplassene som kan motta investeringstilskudd. Det er en oppfatning at Husbankens krav er utformet uten tilstrekkelig hensyn til lokale behov og demografiske endringer. I tillegg har skiftende regjeringer endret kravene i ordningen noe som har ført til svært liten forutsigbarhet for kommunene.

Forenklingsbehovene knytter seg til særlig forholdene som følger av forskrift og plankravet i ordningen:

Krav om heldøgns bemanning, for rigid håndhevelse av antall plasser i bofellesskap og sykehjem. Krav om tilbakebetaling av tilskudd, samme målgruppe for ordningen over tid, vanskelig å skifte målgruppe hvis behovene endrer seg osv. Kommuner har erfaringer med at antall leiligheter i bofellesskap og avlastningsbolig blir redusert som følge av Husbankens

---

<sup>5</sup> <https://www.ks.no/fou-sok/2016/154003/>

<sup>6</sup> Schanche, P. (2021). Hypoteser om færre søknader om investeringstilskudd. Agenda Kaupang RAPPORT NR: 1021404.

føringer. Det kan feks bygges leiligheter til en kostnad på 10 – 12 mill. kroner som følger av plankravet, samtidig får kommunene 2 mill. kroner fra Husbanken.

I forhold til kommunens utfordringer med tilgang på helsepersonell, vil bofellesskap med få leiligheter vanskeliggjøre bærekraftige tjenester. Det er slik lite hensiktsmessig om dagens krav til et mindre antall leiligheter i bofellesskap videreføres. Som utgangspunkt pekes det ofte på 4 – 6 beboere, mens kommunene ofte vil bygge 8 eller helst 10 – 12. Kommuner må også flytte prosjekter som er lokalisert i nærhetene av sykehjem eller andre tilbud for å oppfylle krav til normalisering og integrering. Selv om prosjektet allerede i utgangspunktet ligger sentralt plassert med mange andre lokaliseringstilbud i nærheten med andre funksjoner.

Dette kravet gjelder også nye sykehjem, som skal bygges med mindre enheter på 6–8 boenheter i en gruppe for å oppnå husbanktilskudd til nye sykehjem. Sykehjemmene som er bygget med slike mindre boenheter har store vanskeligheter med å sikre en tilsvarende drift som eldre sykehjem med større bogrupper.

## 8. Vurdering av mulige endringer

### 8.1 Innlemming

I områdegjennomgangen av øremerkede tilskudd fra 2017<sup>7</sup> ble investeringstilskuddet foreslått innlemmet i kommunenes frie inntekter. Ekspertgruppen argumenterte for at tilskudd som er øremerket til investeringer kan hindre omstilling og innovasjon gjennom å sementere produksjonsmetoden det gis tilskudd til. Investeringstilskudd kan også forstyrre kommunenes insentiver til å prioritere løpende vedlikehold.

Menon pekte i sin evalueringsrapport fra 2019<sup>8</sup> på at ordningen i større grad har ført til fornying og økt kvalitet på omsorgsplasser enn en netto tilvekst. De viste til at enkelte av kvalitetsforbedringene trolig ville blitt gjennomført også uten tilskudd dersom kommunene hadde hatt tilgang til finansiering, for eksempel dersom tilskuddet ble innlemmet i kommunenes rammetilskudd. Menon pekte også på at det øremerkede investeringstilskuddet kan gi uheldige fordelingseffekter som forsterker inntektsforskjeller mellom kommunene og som svekker tilskuddets måloppnåelse.

Til dette kan det innvendes at det har i alle år vært stor variasjon i hvor omfattende institusjonsdekning kommunene har hatt av heldøgns omsorg. Noen kommuner har valgt å satse på stort omfang av hjemmetjenester, andre for heldøgns omsorg i ulike varianter, eller institusjonstjenester. Det betyr at behovene for tjenester kan møtes på ulike måter. Men fremover vil alle kommuner trenge noe heldøgns omsorg.

Når kommunene har forskjellig utgangspunkt vil også behovet for å benytte investeringstilskuddsordningen være forskjellig, og ikke minst hva tilskuddet skal brukes til. Noen trenger det til rehabilitering, andre til nybygg. Siden bygging og rehabilitering tar lang tid, bør det vurderes en overgangsordning der kommuner som allerede har planlagt for bruk av

---

<sup>7</sup> Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren (2017)

<sup>8</sup> [https://menon.no/uploads/images/2019-43-Evaluering-av-investeringstilskudd-til-omsorgsboliger-og-sykehjem.pdf?fbclid=IwAR1kOHYGxvKPIgZj16WBH7Xm5RbW\\_6M58tsl8bCoG-VTktHPcxCvG8Lw1GI](https://menon.no/uploads/images/2019-43-Evaluering-av-investeringstilskudd-til-omsorgsboliger-og-sykehjem.pdf?fbclid=IwAR1kOHYGxvKPIgZj16WBH7Xm5RbW_6M58tsl8bCoG-VTktHPcxCvG8Lw1GI)

tilskuddet eller har behov for store investeringer de nærmeste årene, får mulighet til å søke om tilskudd. Dette vil lette overgangen for kommunene.

Kommuner vil nok uansett oppleve det som betydelig mer krevende å gjennomføre store investeringer i heldøgns omsorg uten investeringstilskudd som i dag har dekket opp mot 50 prosent av investeringskostnadene. Kommunene vil trolig lånefinansiere en større del av investeringene og dermed vil rentekostnadene øke. Et annet argument mot innlemming er som tidligere nevnt at tilskuddet framstår som mindre inngripende statlig styring all den tid det er grunn til å tro at regjeringen og Stortinget ønsker å styre ressursbruken i sektoren mer i retning av heldøgns omsorg.

## **8.2 Forenklinger av ordningen**

Investeringstilskuddet har tradisjonelt vært gunstig for kommunene, men betydningen av investeringstilskuddet er over tid redusert på grunn av prisstigning, og dermed kostnadsutvikling på feltet. Fra 2018 til 2022 økte det maksimale tilskuddet kommunene kan få utbetalt med cirka 16 prosent. I samme periode økte kommunenes faktiske byggekostnader med 40 prosent. I tillegg opplever kommunene at kravene skjerpes til hvordan de skal bygge, og til hva som skal være på plass for at prosjekter skal få tilskudd.

Søknads- og rapporteringsprosesser binder administrative ressurser i kommunene. Innholdet i og prosessen knyttet til søknad og rapportering bør gjennomgås, for å sikre at søknaden bare etterspør informasjon som er helt nødvendig for å tildele tilskuddet og vurdere om tilskuddet er brukt i tråd med formålet. Krav til utforming av tilbudet av heldøgns omsorgsplasser og liknende, som ikke følger direkte av annet lovverk, bør fjernes slik at kommunene får større handlingsrom i bruk av midlene. Mange kommuner har et godt samarbeid med Husbanken og peker på at de får god kunnskapsstøtte og veiledning om løsninger, det er rigiditeten i regelverket som oppfattes som for styrende. Husbanken har en kompetanse ikke alle kommuner har mulighet til å knytte til seg. Det er fare for at tilskuddet kan føre til overinvesteringer på det høyeste nivået. Ved å inkludere trygghetsboliger i ordningen som ikke krever heldøgns omsorg i form av personell, og samtidig fjerne en del andre bygningskrav, vil denne effekten reduseres. Mange kommuner har pekt på at de blir nødt til å bygge omsorgsboliger fordi det ikke finnes tilgjengelige boliger med mulighet for sosial støtte, eller at boligstandarden ikke er tilpasset funksjonsnivået. I dag er det mer vanlig å tenke boligtrapp sammen med omsorgstrappen nettopp fordi folk helst vil bo hjemme, det krever andre løsninger rundt heldøgns omsorg enn tidligere. Kommunene peker på behov for en boligtrapp heller enn en tradisjonell omsorgstrapp. Flere kommuner peker på at det må bygges omsorgsplasser fordi det ikke finnes sosiale boformer, tilgjengelige boliger eller trygghetskonsepter. Det er selvsagt også behov for både sykehjem og omsorgsboliger, men ikke i alle kommuner.

## **9. Anbefaling**

Fra et rent faglig økonomisk perspektiv er det flere utfordringer med investeringstilskuddet blant annet fordi investeringer i heldøgns omsorgsplasser blir billigere og styrer kommunene prioriteringer i retning av slike omsorgsplasser. Samtidig er disse plassene så dyre å drifte for kommunen at kommunene i større grad har benyttet tilskuddet til rehabilitering enn til å øke

omfanget av plasser. I enkelte evalueringer er det også pekt på at tilskuddet forsterker inntektsforskjellene mellom kommunene gjennom at de mest ressurssterke kommunene i større grad kan benytte tilskuddet. På den andre siden er et investeringstilskudd mindre inngripende statlig styring enn for eksempel lovregulering eller annen normering.

Kravene i ordningen må forenkles. Kommunene trenger langsiktige forutsigbare rammer for å kunne gjøre investeringer og rehabilitering av bygg på helse og omsorgsfeltet. De tilbakemeldingene som har kommet fra kommunene har ikke pekt på behov for innlemming i kommunerammen, men behov for endring av hva tilskuddet omfatter, og endringer i innretning og krav.